

# つぐ脳神経外科・頭痛クリニック初診時間診票

お名前

身長

cm

体重

kg

1 今までに脳の検査を受けたことはありますか。

いいえ  はい(いつごろ: / 何を: MRI・CT・脳波・その他 )

2 今までにかかったことのある病気はありますか(いつごろ)(複数回答可)。

ない

脳卒中(脳出血・脳梗塞・くも膜下出血)( )  高血圧( )

糖尿病( )  高脂血症( )  心疾患(不整脈など)( )

腎疾患( )  呼吸器疾患(喘息など)( )  痛風( )

てんかん( )  その他( )( )

3 今までに手術を受けたことがありますか。

ない

ある(いつごろ: どのような手術: )

4 現在、飲んでいる(使っている)お薬はありますか。下にお薬の名前をお書きしてください(お薬手帳でも可)。

( )

5 お薬や食べ物などにアレルギーがありますか。

ない

ある(内容: )

6 お酒は飲みますか。

飲まない

ほぼ毎日  週に4~5日  週に2~3日  週1日  機会があればお付き合い程度

7 タバコは吸いますか。

吸ったことはない

吸っている(1日 本、 年間)  禁煙した( )年前から

8 女性の方へ:現在妊娠していますか。

いいえ  はい(または可能性がある)

9 当クリニックをどのようにお知りになりましたか(複数回答可)。

インターネット(ホームページを見て)  知人からの紹介( )

家族からの紹介  他院からの紹介  看板を見て

その他( )